Lane Medical Library

Ein Beitrag zur Statistik

der

operativen Behandlung des Uterusvorfalles.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät in Kiel

vorgelegt von

Gustav Schwartz,

praktischem Arzt in Schwartau.

Opponenten:

Dr. Löhmann.

Dr. Christern.

Cand. med. May.

Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

1886.

Ein Beitrag zur Statistik

der

operativen Behandlung des Uterusvorfalles.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät in Kiel

vorgelegt von

Gustav Schwartz,

praktischem Arzt in Schwartau.

Opponenten:

Dr. Löhmann.

Dr. Christern.

Cand. med. May.

Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

1886.

Referent:

Werth.

Imprimatur:

Völckers.

Während in der Gynäkologie bei einzelnen Fällen, wo entgegen der früheren Therapie zur Beseitigung eines Leidens in neuerer Zeit operative Eingriffe verschiedenster Art gemacht werden, die Ansichten über die Berechtigung und Ausdehnbarkeit dieser Operationen sehr divergiren, — ich erwähne z. B. die Castration, die zur Beseitigung der verschiedensten Leiden und Symptôme in neuerer Zeit in Vorschlag gebracht und ausgeführt, von Einigen warm vertheidigt, von Anderen stark angefochten wird — so ist dagegen der operative Eingriff beim Prolaps des Uterus und der Scheide allgemein beifällig aufgenommen und von allen Operateuren als ein epochemachender Erfolg der neueren Gynäkologie begrüsst worden.

Wenn nun ein Unzahl verschiedener Operationsmethoden existiren, so erklärt sich das wohl zum Theil aus dem Umstande, dass jeder Operateur modificirt nach dem vorliegenden Fall, nach seiner Dexterität, nach seiner Bequemlichkeit etc., zum Theil auch wohl aus einer gewissen Sucht zu modificiren oder Neues zu erfinden, vielleicht ohne dass das bisher Uebliche genau auf seinen Werth hin geprüft ist.

Es kann nun nicht in den Rahmen dieser Arbeit gehören, die einzelnen Operationsmethoden aufzuzählen und einander gegenüber zu stellen, namentlich da meines Wissens bisher nur 3 statistische Berichte*) erschienen sind, die neben dem sofortigen Effect der Prolapsoperation speciell auch über den weiteren Erfolg berichten, während man doch hätte erwarten sollen, dass jedes neue Operationsverfahren, um den Vorwurf von sich abzuwehren, als sei es nur aus theoretischem Deductionen hervorgegangen oder jedenfalls nicht genügend in praxi erprobt, entweder sich an der Hand einer derartigen Statistik Eingang verschaffen oder einen solchen Bericht nachliefern würde.

---

*) Dr. W. Dorff. „Bericht über sämmtliche seit dem Jahr 1868 in der Hegar'schen Klinik zu Freiburg i/B ausgeführten Prolapsoperationen, nebst Bemerkungen über die Methoden desselben." Wien 1880.

A. Martin. Ueber den Scheiden- und Gebärmuttervorfall. (Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von R. Volkmann. N = 183—184. Leipzig 1880.)

Dr. H. Banga. Die Kolpoperineoplastik nach Bischoff. Basel 1875.

Denn zur Existenzberechtigung einer Operationsmethode ist doch vor allen Dingen neben dem augenblicklichen Erfolg eine gewisse Dauer desselben erforderlich.

Jedenfalls würde durch einen Vergleich mehrerer statistischer Berichte, sei es dass einem Verfahren, der Sieg zuerkannt werden müsste, oder eine Gleichberechtigung verschiedener die Folge sein würde, die ganze Operationsfrage einfacher und klarer werden.

Von den vorher angeführten Berichten enthält nur der von Dorff neben einen grossen Material eine genügende Zeit von Beobachtungsjahren nach der Operation, während Martin unter 20 Fällen keinen anführt, der länger wie ein Jahr beobachtet ist, eine immerhin doch nur kurze Zeit. Die Arbeit von Banga dagegen, welche bei nur 12 Fällen 3, man kann sagen, Misserfolge aufweist, würde bei einem Vergleich eine offene Niederlage ihres Operationsverfahrens ernten.

Wenn ich nun in Folgendem Bericht erstatten werde über diejenigen Fälle von Prolaps, die in der Kieler Gynäkologischen Klinik nach dem durch die Werth'sche Methode modificirten Hegar'schen Verfahren operirt worden sind, so sei es mir zunächst gestattet die zuerst im Jahre 1879 von Werth im Centralblatt für Gynäkologie No. 23 empfohlene Methode zu recapituliren.

Werth sagt also, nachdem er zunächst die Art der Anfrischung besprochen hat:

„Ist die Wundmachung in der beschriebenen Weise vollendet, so schreite ich zur Anlegung von Catgutnähten, die ausschliesslich wundes Gewebe umfassen und unter der schliesslich hergestellten Vereinigungslinie zurückgelassen werden sollen. Die Nahtanlegung geschieht, von oben her anfangend, zuerst an der Stelle, wo die Wundfläche eine gewisse Breite erreicht hat. Ich benutze dazu gewöhnlich flach gekrümmte Nadeln, die nahe dem Wundrande, einwärts von ihm, eingestochen und an correspondirender Stelle wieder herausgeführt werden. Der Faden wird an schmäleren Partien ganz unter dem Grunde der Wunde hindurchgeführt, an breiteren Stellen tritt ein kleines Stück desselben mitten in der Wunde zu Tage. Die Distanzen zwischen den einzelnen Fäden betragen 1—2 cm. Nachdem die Fäden geknotet, werden die Enden möglichst kurz abgeschnitten. Die Wunde ist nun meist so weit verschmälert, dass oberflächliche und, in geringerer Zahl, halbtiefe Nähte genügen, ohne jede Spannung oder Bildung von Taschen die Wundränder genau zu vereinigen. Bei beträchtlicher Breite der Anfrischungsfläche geschieht es zuweilen, dass die zusammengezogenen

Fäden an den Seiten das lockere Gewebe durchschneiden. In solchem Fall bleibt leicht noch ein grösserer Defect, der dann eine obere Reihe ebenfalls zur Versenkung bestimmter und in gleicher Weise eingelegter Nähte erfordert.

Bei der Kolpoperineoraphie gehe ich mit den von der Scheidenseite her angelegten Gewebsnähten gewöhnlich nahe an die neu zu bildende Commissura posterior heran. Der Dammtheil der Wunde ist dann von so geringer Tiefe, dass hier zur Vereinigung eine Anzahl oberflächlicher Nähte ausreicht. Wo dies nicht der Fall, lassen sich auch von der Dammseite aus zur Versenkung bestimmte Fäden einlegen und zur Abflachung dieses Wundabschnittes benutzen.

Bei der Elythroraphia anterior, besonders aber bei der Operation des veralteten Dammrisses hat sich mir diese Methode ebenfalls als vorzüglich wirksam bewährt. Zum Aufbau des Dammdreiecks in seinen tieferen Schichten verwende ich die verlorenen Suturen, während die Oberflächennähte allein die Haut- resp. Schleimhauträndер fassen und für eine möglichst subtile Vereinigung dieser sorgen. Ich erblicke in der dadurch erreichten, fast absolut sichern Aussicht auf gute Verheilung der Scheiden- und Mastdarmwunde keinen geringen Gewinn. Mag dann wirklich einmal die äussere Dammwunde wieder auseinanderweichen, der Hauptzweck der Operation, die Beseitigung der functionellen Störung erleidet dadurch keine Beeinträchtigung; höchstens, dass der kosmetische Effect etwas geringer ausfällt — an dieser Stelle wahrlich kein grosser Schade.“ —

Wenn nun in den folgenden Tabellen in der Rubrik „Datum und Art der Operation“ bemerkt ist „Typische Prolapsoperation“ so ist damit die genau nach dem Vorschlage Werths ausgeführte Modification des Hegar'schen Verfahrens gemeint.

Vorausschicken muss ich, um mir den Vorwurf eines Plagiats zu ersparen, dass die Arbeit etwas nach dem Muster der oben erwähnten Dorff'schen gemacht ist. So habe ich namentlich die übersichtliche Tabellenform, welche Dorff für die Statistik angewandt hat, auch in meine Arbeit aufgenommen, ich habe dies der grösseren Uebersichtlichkeit und der Einfachheit des Vergleichs halber gethan, und es wäre aus diesen Gründen auch für nachfolgende Statistiken vielleicht zu empfehlen, denselben Weg einzuschlagen.

Als statistisches Material habe ich abweichend von Dorff nur 2 bestimmte Gruppen von Prolapsformen verwandt, nämlich überhaupt nur die schwereren Fälle.

I. den sogenannten Completen Prolaps des Uterus und der Scheide und

II. den Prolaps des Uterus mit partiellem erheblichen Vorfall der Scheide, während ich die leichteren Fälle von geringerem Vorfall einer oder beider Scheidenwände nicht berücksichtigt habe, da mir zur Bestimmung des Werthes und der Vortheile einer Operationsmethode. Erfolg bei diesen Fällen für zu wenig belangreich erscheint. Es erklärt sich hieraus und auch aus dem Umstande, dass über einzelne Fälle keine Nachrichten zu erreichen waren, die relativ geringe Anzahl meiner Fälle.

In Bezug auf den Erfolg der Operation möchte ich folgende 3 Gruppen unterscheiden:

a. Absoluter Erfolg.
b. Theilweiser Erfolg.
c. Vollständiges Recidiv.

Es würden nun unter Gruppe a nicht nur die Fälle gehören, wo von dem früheren Leiden absolut Nichts gespürt wird, sondern auch diejenigen, wo vielleicht subjective Symptome — leichtere Senkungsempfindungen etc. — wieder eingetreten sind, natürlich bei vollständigem in situ Verbleiben des Uterus und der Vagina.

Unter Gruppe b würden dann alle diejenigen Fälle gehören, wo — einerlei durch welche Umstände bedingt — leichtere Senkungserscheinungen wieder aufgetreten sind, die entweder das Tragen eines Pessars nicht einmal erfordern, oder bei welchen durch das Tragen eines solchen Beseitigung sowohl der Senkungserscheinungen als auch der subjectiven Beschwerden erreicht wird, was vor der Operation nicht der Fall war.

Gruppe c bedarf wohl keiner Erklärung.

Ich werde nun in einer Tabelle je nach den Operationsjahren angeordnet zuerst die Fälle von completem Prolaps anführen und dann in einer zweiten Tabelle die Fälle der 2. Gruppe folgen.

Die Operationsdaten meiner Fälle fallen in den Zeitraum von 1878—1884, so dass ich also neben Fällen von längerer Beobachtungszeit auch über einzelne Fälle berichte, bei welchen der Effect nur ein Jahr beobachtet wurde.

Wenn ich nun auch nicht der Meinung bin, dass ein einjähriger Erfolg überall schon für eine längere Erfolgsdauer spricht, so glaube ich doch die Fälle immerhin anführen zu dürfen.

Was diejenigen Fälle betrifft, die besondere Erläuterungen bedürfen oder durch irgend einen Umstand ein besonderes Interesse bieten, so werde ich das Nähere entweder in der Rubrik „Bemerkungen“ anführen oder später besonders darauf zurückkommen.

Tabelle I.

Sechs Fälle von completem Prolaps.

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
1	E. S. Kofferträgers-frau 36 Jahre. 1879 Journal-Nummer 9386.	7 p. 2 Aborte. Alle Geburten langdauernd, aber natürlich beendet. Seit der ersten Geburt Descensus Uteri bemerkt. Derselbe nahm nach jeder Geburt zu. Seit der letzten Geburt vollkommener Prolaps. Viele und schwere Arbeit.	Ziemlich zarte Frau von mittlerer Ernährung. Vulva weit klaffend. Damm schlaff, 1—2 cm breit, Faustgrosser Prolaps mit verdickten und trockenen Vaginalwänden. Keine Cystocele. Uterus bei starker Verlängerung des Collum von 12 cm Sondenlänge.	27. V. Partielle Excision des Cervix und Elytrorraphia anterior, wesentlich nach Schroeder. 18. VI. Kolpoperineoraphie. Typischer Operationsverlauf. Versenkte und oberfläc hliche Catgut-Nähte.
2	L. S. Lehrersfrau. 46 Jahre. 1881. Journal-Nummer 9910.	4 p. Letzte Geburt vor 10 Jahren. Geburten sehr schnell verlaufen. Im vorletzten Wochenbett Husten bekommen. Vor drei Jahren vorübergehend Descensus. Seit Decbr. 1880 Prolaps.	Vollständiger Prolaps des Uterus und der Scheide.	18. VII. Typische Prolapsoperation.
3	H. S. Arbeitersfrau. 53 Jahre. 1881. Journal-Nummer 9903.	6 p. Sämmtliche Geburten normal. L. G. vor 14 Jahren. Seit der II. Geburt sich steigernder Vorfall. Seit 7 Jahren completer Prolaps. Seit 12 Jahren Pessar und Bandage. Seit 5 Jahren Menopause. Seitdem kann Prolaps nur zeitweilig mit den Händen reponirt werden, um bald wieder herauszutreten. Starke Beschwerden. Längeres Gehen unmöglich.	Zwischen den Oberschenkeln vor der Vulva findet sich eine von derber trockener Scheidenschleimhaut bedeckte rundliche Geschwulst, an deren unterem hinterem Ende der Muttermund sichtbar ist. An der vorderen Scheidenwand mehrere kleine und eine grössere Erosion. Vordere Scheidenwand stärker ausgedehnt als die hintere. Vorderes Scheidengewölbe fehlt gänzlich, hinteres ist zum Theil erhalten. Uterus ganz im Prolaps liegend. Nach der Reposition, die leicht gelingt, erscheint er im Becken liegend, mässig verlängert, leicht antevertirt. Cystocele und geringer Prolaps der vorderen Mastdarmwand. Grosse Schlaffheit und Dehnbarkeit der Dammweichtheile.	4. VII. Typische Prolapsoperation mit breiter Anfrischung.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der letzten Untersuchung resp. des Berichts		Bemerkungen.
14. VI. Wunde in ganzer Länge vernarbt. Fornix konisch verengt. 28. VI. Heilung p. p. i. Damm um mehrere Cm verbreitert. Ganzes Septum in sagittalerRichtung bedeutend verstärkt. Hintere Vaginalwand springt stark gegen das Lumen der Scheide vor in ihrem unteren und mittleren Drittel, fällt dann stark gegen das hintere Scheidengewölbe ab.	Sommer 84. Brieflicher Bericht. Vollständige Heilung. (Schwere Arbeit z. B. Holz 8 Treppen hoch tragen). Seit der Entlassung keine Geburt.	Herbst 85. Brieflicher Bericht. Sehr schwere Arbeit. Vollständige Heilung. Keine Geburt.	
9. IX. Heilung p. p. i.	8. VII. 84. Brieflicher Bericht. Patientin hält sich für völlig geheilt. Keinerlei Beschwerden.	25. I. 86. Brieflicher Bericht. Heilung von Bestand.	Bronchialcatarrh mit heftigem Husten seit dem vorletzten Wochenbett, Bronchialcatarrh u. Husten besteht noch.
Ueberall Heilung p. p. i. Beträchtliche Verengerung des Introitus vaginae. Auch bei starker Anwendung der Bauchpresse ist kein Vortreten der Scheidenwände zu constatiren.	7. V. 84. Brieflicher Bericht. Vollständige Heilung.	12. X. 85. Brieflicher Bericht. Vollständige Heilung.	Hat heftige asthmatischeBeschwerden.

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
4	K. M. Landmannsfrau. 59 Jahre. 1882. Journal-Nummer 10286.	10 p. SämmtlicheGeburten leicht. I. G. vor 29 Jahren. L. G. vor 17 Jahren. Seit 11 Jahren Menopause. Seit 2 Jahren Entwicklung eines starken, durch Wundsein mit profuser Secretion sehr belästigenden Prolapses, der in geringem Grade schon seit dem II. Wochenbett bestand. Alle möglichen Arten Pessarien sind versucht, aber nicht vertragen.	Gesundes Aussehen. Prolapsus vaginae mit starker Ausdehnung der vorderen Wand. Vom Muttermund bis zur Mitte der vorderen Scheidenwand erstreckt sich eine elliptische Geschwürsfläche, anscheinend die ganze Dicke der Scheidenwand durchdringend. Der sehr atrophische Uterus ist als dünner Strang in der Mitte des Vorfalls gelegen.	8. XII. OperationTyp. Verlauf. Geschwürsfläche wird excidirt.
5	L. D. Wittwe. 53 Jahre. 1883. Journal-Nummer 10436.	1 p. vor 28 Jahren. Seit 4 Jahren Vorfall der Scheide, der beständig an Grösse zugenommen hat.	Anämische, schlecht genährtePerson Completer Prolaps Ut. atrophisch Muttermund auf der Höhe des Prolapses. Prolaps nach längerer Bettruhe etwas kleiner geworden.	10. VII. Kolporaphia ant.undKolpoperineoraphia.
6	K. D. 57 Jahre. 1884. Journal-Nummer 10758.	9 p. 1 Abort. Seit der zweiten Entbindung Vorfall. Pessar nie angewandt. Seit drei Wochen starker Ausfluss, theils blass, theils blutig. Bis vor drei Wochen konnte Patientin den Vorfall reponiren, seitdem nicht mehr.	1. X. Completer Prolaps in cylindrischer Form. Vordere Muttermundslippe halbkugelig geschwellt mit vollständigem Defect der Schleimhaut. Ut.-Höhle reichlich 10 cm lang. Prolaps leicht reponirt.	4. IX. Typ.Operation mit Excision der vorderen Muttermundslippe. Bildung eines breiten Dammes mit ziemlichstarkerVerkürzung der Vulva.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der letzten Untersuchung resp. des Berichts		Bemerkungen.
Hintere Vag.-Wand überall p. p. i. verheilt. Vorn leichteres oberflächliches Auseinanderweichen der Wundränder im unteren Theil der Nahtlinie, weiter oben lineare Verheilung.	9. V. 84. Brieflicher Bericht. Vollkommene Heilung.	29. IX. 85. Brieflicher Bericht. Vollkommene Heilung.	
Fast überall lineare Vereinigung der Wundränder.	1884. Sommer. Mündlicher Bericht: Vollkommene Heilung trotz schwerer Arbeit.	1885. Herbst. Mündlicher Bericht: Vollkommene Heilung.	
Dammwunde linear geheilt, ebenso die Wunde der hinteren Vaginalwand bis 3 cm weit vom Dammrand aufwärts. Weiter oben sind die Ränder mehrere cm weit auseinander gewichen. Wunde der vorderen Vaginalwand p. p. i. geheilt.		16. IX. 1885. Brieflicher Bericht. Vollständige Heilung.	

Tabelle II. 22 Fälle

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
1.	R., F. 32 J. 1878. Journal-Nummer 9235.	II p. Erste Geburt vor 6 Jahren. Hydrocephalus. Perforation, Wendung und Extraction. Seitdem Vorfall der sich nach der zweiten Geburt steigerte.	Mässiger Ernährungszustand. Vordere Scheidenwand vollständig invertirt Cystocele. Das hintere Scheidengewölbe dem vorderen Rande des knapp 2,5 cm breiten Dammes auf 4 cm nahe gerückt. Portio vaginalis beträchtlich verdickt, 4 cm im Durchmesser, die hintere Lippe 2,7, die vordere 2,2 cm hoch. Ut. reclinirt, mit seinem Fundus etwas unterhalb der normalen Höhe im Becken. Der linke Umfang desselben durch eine derbe Schwiele mit der Beckenwand in Verbindung. Länge der Ut.-Höhle 11 cm. Reposition des Ut. nur unvollkommen möglich.	31. VIII. Amputation der Vaginalportion. 23. IX. Elytroraphia ant. 2. X. Kolporaphia posterior.
2.	J., M. 50 J. 1879/80 Journal-Nummer 9522.	2 p. 1 Abort. I. G. vor 6 Jahren. II. „ „ 4 „ Seit der I. G. Prolaps. 4 Jahre Ringpessar, dann Hysterophor getragen.	Mässig genährte Frau. Ut. tief retrovertirt, vergrössert. Vulva klaffend. Damm schmal, abgerundet, ohne scharfe Grenze in die hintere Scheidenwand übergehend. Bei mässigem Drängen wölbt sich halb kugelig die vordere und in geringerem Grade auch die hintere Scheidenwand aus der Vulva hervor. Rectocele. Der Muttermund rückt bis in den Introitus.	7. XII. Elytroraphia anterior. 13. I. Kolporaphia posterior.

von Prolaps II. Grades.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der letzten Untersuchung resp. des Berichts		Bemerkungen.
Die 3 oberen Viertel scheint die Narbe zu halten. Der übrige Theil des angelegten Defectes besteht wieder in seiner ursprünglichen Breite, ist aber fast überall mit glatter junger Narbe bedeckt. Damm völlig linear geheilt, ebenso die Scheidennarbe mit Ausnahme einer kaum einen Groschen grossen Stelle, die dem oberen Ende der Scheidenwunde nahe liegt und durch Auseinanderweichen der Wundränder entstanden ist. Beim Aufstehen vom Stuhl geringe Drangempfindungen, beim Gehen nicht.	14. VII. 84. Geburt vor 11 Monaten. Angeblich kein Einriss. In der Schwangerschaft mässige Neigung des vorderen Vorfalls. Nach Verlassen des Wochenbetts lästige Senkungsempfindungen und weiteres Hervortreten, aber nur der vorderen Vaginal-Wand. Nach Einführung eines Meyerschen Ringes keine Beschwerden.	Mündlicher Bericht: 26. I. 1886. Der Vorfall wird durchs Pessar vollständig zurückgehalten.	
p. p. i. geheilt, nur einzelne Fäden haben etwas tiefer durchgeschnitten. Von der Dammwunde ist von der hinteren Commissur bis reichlich 2 cm vor dem After die Vereinigung nicht zu Stande gekommen. Es findet sich eine Markstück grosse in Vernarbung begriffene Granulationsfläche. Die hintere Scheidenwand ist linear verheilt, bildet in ihrem unteren Abschnitt einen starken Vorsprung mit jähem Abfall gegen das hintere Scheidengewölbe. Beim Drängen legen sich beide Scheidengewölbe fest aneinander.	Sommer 1884. 3. V. Bericht des Arztes. Nur ausnahmsweise Senkungsempfindungen ohne dass ein Theil der Vagina prolabirt. Geburt nicht wieder erfolgt.	18. X. 1885. Bericht des Arztes: Heilung. Keine Beschwerden.	hysterisch. schwächlich. Bronchitis seit Jahren.

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
3.	St., A. Schmiedsfrau. 1880. Journal-Nummer 9590.	I p. 1878 natürliche Geburt. Tiefer Dammriss bis an den After, wurde gleich vereinigt. Heilung p. p. i. nicht erzielt. Bald nach dem Wochenbett Auftreten des Vorfalls.	In dem vorderen Abschnitt der bis zum After reichenden, durch ein schmales stark gedehntes der hinteren Commissur entsprechendes Narbenband in 2 Abschnitte getheilten Scheiden-Dammspalte liegt blasig vorgewölbt die vordere Scheidenwand vor. In der hinteren Hälfte steckt die Vaginalportion. Uterus reclinirt, nicht verlängert.	13. III. Elytroraphia anterior. Versenkte Catgut- und oberflächliche Seidennähte. 3. IV. Kolporaphia posterior. Reichlich versenkte Catgutnähte.
4.	R. C. Landmannsfrau. 1880. Journal-Nummer 9679.	III p. E. G. vor 12 Jahren. L. G. „ $3^1/_2$ „ Alle 3 Geburten mit Forceps beendet. Seit 11 Jahren Prolaps. Pat. ist in den letzten Jahren nicht im Stande gewesen, sich ohne Ring zu bewegen. 15. IX. 80. Wieder aufgenommen. In der letzten Zeit leichte Drangempfindungen.	Starke Ectasie, Verlängerung und fast vollständige Eversion der vorderen Scheidenwand. Hintere Scheidenwand kürzer, gewöhnlich in situ, lässt sich aber durch leichten Zug am Muttermund zum Prolabiren bringen. Muttermund klaffend. Vordere Lippe dicht oberhalb des Introitus. Ut. mässig vergrössert nach L. gerückt und beweglich reclinirt. Geschwüre und Erosionen vom Pessar herrührend. Befund bei der II. Aufnahme: Vordere Narbe mit Ausnahme des oberen linearen Abschnittes stark gedehnt. Ectasirte Parthie tritt bei leichtem Drängen in den Introitus vor.	26. VII. Elytroraphia anterior Kolpoperineoraphie. 16. IX. Anfrischung und Vereinigung mit halbtiefen und oberflächlichen Seidennähten.
5.	F., A. Landmannsfrau. 30 J. 1880. Journal-Nummer 9684.	III p. I. G. 1876. L. G. 1878 Nov. Bei der Entbindung Dammriss vom Arzt gleich vereinigt. I. und III. Puerperium normal. Im 2. Wochenbett am 9. Tag plötzliche Erkrankung mit Fieber und heftigem Schmerz im R. Hypogastrium. Nach 8 Tagen genesen. Seit Herbst 1879 Senkungsbeschwerden. Anfangs angewandte Gummipessarien wurden nicht vertragen wegen heftiger Leibschmerzen. Seit der letzten Entbindung Fluor albus. Seit Anfang d. J. Prolaps nur bei stärkeren Bewegungen sich einstellend. Seit dem 1. Mai auf ärztliche Anordnung dauernde Bettruhe.	Vordere Scheidenwand abgelöst, tritt besonders bei Abduction der hinteren Scheidenwand mit Rinnenspeculum bis in die durch den alten Dammriss ziemlich beträchtlich verlängerte Rima vulvae herab. Muttermund nahe oberhalb des Introitus. Ut. etwas vergrössert, vertical im Becken. Verdickung beider, namentlich der R. plica Douglasii.	2. VIII. Elytroraphia anterior. Kolpoperineoraphie.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der letzten Untersuchung resp. des Berichts		Bemerkungen.
Die Seidenfäden haben grösstentheils durchgeschnitten, dadurch ein Auseinanderweichen der Wundränder bedingt. Heilung durch Vernarbung. Die vordere Scheidenwand zeigt keine Neigung herabzutreten. Lineare Verheilung der Damm- u. Scheidenwunde.	Sommer 1884. Geringe Senkungsempfindungen bei schwerer Arbeit, sonst nicht. Untersuchung verweigert.	1885 Herbst. Keinerlei Beschwerden. Nur beim Heben schwerer Lasten leichte Senkungsempfindungen. Kein Vortreten der Scheide etc.	
13. VIII. Letzte Nähte entfernt. Die vordere Scheidenwand in der Mitte 1—2 cm weit auseinandergewichen, sonst lineare Narbe. Scheide in situ, auch bei Bewegung.			
4. X. Letzte Fäden entfernt. In der ganzen Länge der Anfrischung Heilung. p. p. i.	2. V. 1884. Brieflicher Bericht. Heilung von Bestand.		
29. VIII. Entlassung. Heilung. p. p. i.	Brieflicher Bericht. † 4. Mai 1881. In der Zwischenzeit keine Klagen über das frühere Leiden.		

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
6	H., E. Landmanns-frau. 35 J. 1880. Journal-Nummer 9757.	6 p. Geburten leicht und regelrecht. Nach der III. Geburt 1872 bemerkte Pat. beim Heben etc. Senkungsempfindungen. Allmähliche Zunahme des Vorfalls, besonders als vor 1 Jahr nach Lungenentzündung chron. Bronchialcatarrh zurückblieb. Seit $^1/_2$ Jahr Prolabiren des Vorfalls beim Umhergehen und spontanes Harnträufeln. Seit 3 Jahren Morbus Basedowii.	Schwächliche, kleine, mässig genährte Person. Scheidenwände stark gedehnt, von starken Venen durchzogen. Beide Scheidenwände lassen sich bis ans Scheidengewölbe, welches vorn fast ganz verschwindet, nach aussen vorziehen, bis die Vaginalportion im Scheideneingang steht. Beckenboden schlaff. Ut. reclinirt, wenig verlängert. Starke Vaginitis nach Pessar. Starke Hämorrhoidalknoten.	11. XII. Typische Operation. Hinten zahlreiche versenkte Catgut-Nähte. Bei dem Abreissen der Scheidenschleimhaut entstand ein Defect in der Rectalschleimhaut. Deshalb einige Cagut-Nähte vom Rectum aus. Starke Blutung.
7	H., D. 46 J. 1881 Journal-Nummer 9870	1 p. Geburt vor 13 Jahren. Seitdem zunehmender Scheidenprolaps.	Uterus im Ganzen vergrössert. Cervix entschieden verlängert. Starkes Vortreten der vorderen und hinteren Scheidenwand, die leicht bis zum Erscheinen des Muttermundes in der Schamspalte mit den Fingern hervorgezogen werden kann.	Elytroraphia anterior. Kolpoperineoraphia.
8	L., E. 64 J. 1881 Journal-Nummer 10004	10 p. L. G. vor 30 Jahren. Seit drei Jahren Descensus der Scheide.	Weite schlaffe Scheide, namentlich die vordere Wand schlaff. Ut. atrophisch. Minimaler Dammriss.	Typische Operation.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der letzten Untersuchung resp. des Berichts		Bemerkungen.
Heilung p. p. i. Effect vollkommen.	30. IV. 1884. Brieflicher Bericht. Am 26. I. 1884 rechtzeitige Geburt eines kräftigen Knaben durch Forceps beendet. Kleiner Riss. Bis jetzt kein Recidiv bemerkt.	14. X. 1885. Brieflicher Bericht. Vollkommene Heilung.	Geburt von langer Dauer.
Ueberall prima intentio. Scheide nicht stenosirt. Beckenboden stark und fest. Effect vollkommen.	21. VI. 1884. Vagina vollständig in situ. Vordere Vaginalwand auch beim Drängen flach gewölbt und wenig herabtretend. Im vorderen Scheidengewölbe am oberen Ende der Narbe eine Querfalte, hinter welcher der Muttermund gelegen ist. Beschwerden vollständig gehoben. Fibroma uteri.		11. VII. 1884. † An der Operation des Fibroms.
9. XII. Heilung sonst p. p. i. Nur am Damm im vorderen Theil leichtes Auseinanderweichen der Wundränder.	11. VII. 1884. Brieflicher Bericht. Sehr gutes Befinden. Keinerlei Beschwerden.	Herbst 1885. Brieflicher Bericht. Heilung von Bestand.	

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
9	H., L. 54 J. 1882. Journal-Nummer 10173.	6 p. I. G. vor 24 Jahren. VI. G. vor 12 „ Seit der letzten Geburt Scheidenvorfall. Seit 11 Jahren Pessar getragen ohne vollkommene Retention des Vorfalls. Ebenfalls seit 11 Jahren Hernia abdomin.	Corpulente Frau von gutem Aussehen. Brustorgane normal. Starker Vorfall der vorderen und hinteren Scheidenwand. Mässige circuläre Hypertrophie der Vaginalportion. Hernia abdominalis 2 Finger breit oberhalb des Nabels reponibel.	19. VI. Elytroraphia anterior. Kolpoperineoraphie. Operation der Hernie.
10	A., Chr. 42 J. 1882. Journal-Nummer 10280.	10 p. I. G. vor 20 Jahren mit Forceps beendet, die übrigen Geburten natürlich. Kein Abort. L. G. vor 14 Jahren, leicht, verlief in wenigen Stunden. Seit langer Zeit leidet Pat. an einem Prolaps, der gegen Ende der letzten Schwangerschaft sich stärker entwickelt und mehr belästigt hat als sonst.	Cyste des linken Ovariums. Prolaps der Vagina. Damm ziemlich breit, sehr schlaff. Septum verdünnt. Vordere Muttermundslippe schürzenartig verlängert.	13 XII. Ovariotomie Prolaps - Operation combinirt mit Excision der vorderen Muttermundslippe. Typische Operation.
11	B., Chr. Arbeitersfrau. 41 J. 1883. Journal-Nummer 10341.	7 p. I. G. 1864. L. G. 1878. Vor zehn Jahren entwickelte sich nach Geburt eines grossen Knaben ein Prolaps, der sich bald nicht mehr mit Ringen zurückhalten liess. In den letzten Jahren bediente sich Pat. einer T-Binde. 21. XII. Abort.	6. II 1883. Mittlerer Ernährungszustand. Bei leichtem Drängen stellt sich ein Prolaps der vorderen und hinteren Scheidenwand her. Der äussere Mund 4 cm in allen Durchmessern mit starkem, breitem, wallartigem Rande, der rechts, vorn und hinten von einer $1^1/_2$ cm. breiten ulcerirenden Fläche besetzt ist, welche hinten zungenförmig auf das Scheidengewölbe übergreift. Auch der supravaginale Theil des Collum erheblich verdickt und indurirt, doch nach oben konisch sich verjüngend. Corpus uteri liegt noch innerhalb des Beckens von annähernd normaler Grösse.	24. II. Supravaginale Amputation des Cervix. Kolpoperineoraphie.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der letzten Untersuchung resp. des Berichts		Bemerkungen.
12. VII. Entlassung. Heilung.	9. VII. 1884. Brieflicher Bericht: Selten ein Gefühl von Drang. Vollständige Heilung.	12. IX. 85. Brieflicher Bericht. Gar keine Beschwerden. Vollständige Heilung.	
Damm linear geheilt. An der unteren Umbiegungsstelle der hinteren Scheidenwand in einer Länge von 2—3 cm sind die oberflächlichen Wundränder auseinander gewichen, in der Tiefe ist die Wunde vereinigt, sonst Heilung p. p. i. Vagina sehr verlängert, auch in ihrem oberen Theil nicht stenosirt.	11. VII. 1884. Brieflicher Bericht. Vollkommene Heilung.	14. IX. 1885. Brieflicher Bericht. Heilung von Bestand.	Beschwerden u. Befund von der Ovarialcyste herrührend sind hier nicht erwähnt.
10. III. Dammwunde in den unteren zwei Dritteln p. p. i. geheilt, oben oberflächlich auseinander gewichen. 1 cm unterhalb der hinteren Commissur eine für Uterus-Sonde durchgängige Scheiden-Dammwunde, in die flache Dammwunde ausmündend. Die Wunde der hinteren Scheidenwand im unteren Theil einige cm weit auseinandergewichen, in den tieferen Sehichten vereinigt.	23. VII. 1884. Abort im 6. Monat. Perforation und Extraction des Foetus.	Oct. 1885. Vollständige Heilung. Keine Beschwerden. Nur bei Menstruation leichte Drangempfindungen im Unterleib, die bei Bettruhe verschwinden.	Genauere Angaben über den Verlauf des Aborts siehe später.

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
12	A., H. 60 J. 1883. Journal-Nummer 10352.	2 p. L. G. vor 20 Jahren. Seit 1882 nach einem Fall Prolaps.	Ablösung und starke Ectasie der vorderen Vaginalwand, die bei leichtem Pressen sich halbkugelig in die klaffende Vulva vordrängt. Dann 2 cm breit, schlaff. Septum recto-vaginale oberhalb des Perineum stark verdünnt. Die hintere Vaginalwand im Dammabschnitt narbig. Umgebung des Muttermunds leicht erodirt.	23. II. Typische Prolaps-Operation
13	R. Ehefrau. 32 J. 1883. Journal-Nummer 10432.	5 p. Schon nach dem ersten Wochenbett vor 10 Jahren hat Pat. Vorfall bemerkt. Nach dem zweiten Wochenbett Bandage. Im Anfang der letzten Schwangerschaft und nach Beendigung derselben Ring getragen, später Wiegenpessar, doch verursachten beide Schmerzen. Ohne Ring oft heftiger Harndrang.	15. VI. Prolaps namentlich der vorderen Scheidenwand mit starker Ectasie. Ut. retroflectirt, 9 cm lang. In der rechten und linken Scheidenwand einige Erosionen vom Pessar herrührend.	27. VI. Typische Prolapsoperation.
14	D., O. Schiffszimmermannsfrau. Kiel. 23 J. 1883. Journal-Nummer 10484.	II p. I. G. Januar 1881. L. G. März 1883.	27. VIII. Bedeutender Prolaps der vorderen und hinteren Scheidenwand. Vaginalportion tritt beim Pressen vor die Vulva.	29. VIII. Typische Prolapsoperation.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der letzten Untersuchung resp. des Berichts		Bemerkungen.
Dammwunde grösstentheils p. p. i. geheilt. Nähte haben ziemlich tief eingeschnitten. Nahe dem vorderen Dammrande besteht oberflächliche Trennung der Wundränder u. kleine Scheidendammfistel.	15. V. 1884. Untersuchung: Vordere Vaginalwand wenig gedehnt, nicht prolabirend. Verengerung der Vagina etwas geringer als bei der Entlassung. Keine auf Prolaps zu beziehende Beschwerden.	Oct. 1885. Heilung von Bestand.	
25. VII. Wunde in ganzer Ausdehnung p. p. i. geheilt. Scheide wohlgestaltet.	Sommer 1884. Untersuchung. Vollständige Heilung.	Octob. 1885. Subjectives Befinden besser als voriges Jahr. Gar keine Beschwerden.	
Heilung p. p. i. Scheideneingang und besonders der hintere Theil des Scheidenlumens sehr eng. Muttermund nur mit Mühe mit dem Finger zu erreichen.	10. III. 1884. Patientin ist gravida. Letzte Menstruation Mitte December. Keine Senkungsempfindungen. Vorder Vaginalwand concav, vor der Vaginalportion einen Querwulst bildend. 4. IX. 1884. Geburt. Oberflächlicher Dammriss. Seitlich in der Scheide mehrere Längsrisse.	20. VIII. 85. Untersuchung. Pat. bemerkt nur nach längerem Gehen und Stehen eine geringe Senkung der Scheide, sonst ist sie frei von Beschwerden. Vordere Vaginalwand in den unteren 2 Dritteln etwas verbreitert. Circa 2—3 cm unterhalb der vorderen Muttermundslippe halbmondförmige strangartige Spannung in der vorderen Scheidenwand, durch welche die Vagina hier verengt ist. Ut. etwas gross, beweglich, in normaler Lage. Hintere Vaginalwand in situ.	Genauere Angaben über den Verlauf der Geburt siehe später.

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
15	H. Vogtsfrau. 54 J. 1883. Journal-Nummer 10496	I. p. Menstruration von 19 bis 39 Jahren, dann Menopause. Vor 23 Jahren eine rechtzeitige Geburt mit normalen Puerperium. Vor 22 Jahren bekam Pat. beim Heben einer schweren Last Prolaps. Zuerst Jahre lang Maschinerie mit Bandagen getragen trotz vieler Schmerzen. Vor 2 Jahren einen weichen Gummiring, vor einem Jahr einen harten bekommen.	6. IX. Prolaps der vorderen Scheidenwand, schon beim Uebergang von der liegenden in die aufrechte Stellung vollkommen entwickelt. Hintere Scheidenwand in situ. Vaginalportion kurz, atrophisch. Hinteres Scheidengewölbe conisch verengt. Im R. hinteren Beckenabschnitt ein 2 Fäuste grosser Tumor, der bei aufrechter Stellung tiefer tritt.	15. IX. Ovariotomie. Normaler Verlauf. Einfache Cyste. '8 X. Typische Prolapsoperation.
16	G. A. Schmiedsfrau 28 J. 1883. Journal-Nummer 10510.	III. p. Drei rechtzeitige natürliche Entbindungen. L. G. vor 3 Jahren; darauf Entwickelung eines Prolapses. Vorfall im Lauf der letzten Jahre bedeutend stärker geworden, tritt aber nur bei schwerer Arbeit, Stuhl- und Urin-Entleerung hervor. Besonders stark während der meist 8 Tage dauernden Menses. Beständiger Drang zur Harnentleerung muss alle Viertelstunde befriedigt werden.	Anämische Frau. Ut. mehr retrovertirt als retroflectirt. Sondenlänge 7 cm. Vordere Scheidenwand mässig stark von der Unterlage abgelöst, tritt selbst bei starkem Drängen nicht aus der Vulva heraus. Hintere Scheidenwand im oberen Abschnitt schlaff.	28 IX. Typische Prolapsoperation.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der letzten Untersuchung resp. des Berichts		Bemerkungen.
23. X. Lineare Verheilung der Wunde im vorderen und hinteren Scheidengewölbe. Am Damm ist an der oberen Partie eine kleine granulirende Stelle. Vagina sehr eng.	30. IX. 1884. Brieflicher Bericht. Vollkommene Heilung.	15. IX. 1885. Brieflicher Bericht. Heilung von Bestand. Keine Beschwerden.	
20. X. Wunde an der vorderen Scheidenwand linear vereinigt, an der Dammwunde eine 1 cm breite Dehiscenz, welche sich 1 cm lang an der hinteren Scheidenwand fortsetzt.	16. IX. 1884. Geburt. Genaueres siehe später. 6. X. 84. Ut. entsprechend zurückgebildet. Vordere Vaginalwand bei Rückenlage concav, das untere mittlere Drittel etwas gedehnt. Hintere Vaginalwand gleichfalls in situ. Narbe schmal. Damm straff.	Oct. 1885. Vulva geschlossen. Vordere Vaginalwand in situ. Narbe in der Mitte reichl. 1 cm. breit, fest. Hintere Scheidenwand im Bereich der Operationsnarbe mässig quer gespannt. Ut. retroflectirt. Gummipessar.	

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
17.	H. E. Arbeitersfrau 42 J. 1883. Journal-Nummer 10520.	IV. p. 2 Aborte. L. G. vor 5 Jahren. Seit der 1. Geburt Prolaps, der seit der vorletzten stärker wurde.	16. X. Vulva stark klaffend. Bei leichtem Drängen tritt zuerst die vordere Vaginalwand in dieselbe ein, doch rollen sich auch die Seitenwände und die hintere Wand ab. Ut. etwas vergrössert, retroflectirt, reponibel. Höhlenlänge 9 cm.	21. X. Typische Prolapsoperation.
18.	Rh. C. Ehefrau 37 J. 1884. Journal-Nummer 10668	IV. p. 1 Geburt vor 14 Jahren. Nach derselben sofort ein Sinken der Vaginalwand bemerkt, das nach den folgenden drei Geburten bedeutend zunahm. Schmerzen. Zugleich mit dem Prolapsus vaginae hat sich ein Mastdarmvorfall entwickelt, der jetzt häufig beim Stuhl in Fingerlänge hervortritt.	Schwächlich gebaute, stark anämische Frau. Ut. retroflectirt, nicht verlängert, beweglich. Vordere Scheidenwand stark ausgebuchtet. Beckenboden schlaff. In Narkose lässt sich durch leichten Zug an der Portio die vordere Scheidenwand vollständig invertiren. Auch die hintere folgt grösstentheils nach aussen. Damm breit, membranös, schlaff. Bei Würgbewegungen tritt das Rectum total invertirt fingerlang durch die weite Oeffnung des schlaffen Sphineter nach aussen hervor.	22 V. Elytroraphia anterior. Anfrischung in Gestalt eines langgestreckten Rhombus. Nath in 2 Etagen mit Catgut. Operation des Mastdarmvorfalls. 24 VI. Dreieckige Anfrischung der hinteren Wand in einer Höhe von 5—6 cm. Der obere Theil in einer Etage mit Catgut (fortlaufende Naht) genäht, am unteren Theil versenkte und oberflächliche Catgut-Nähte.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der rletzten Untersuchung resp. des Berichts		Bemerkungen.
7. XI. An der vorderen Scheidenwand eine grössere granulirende Fläche, durch Dehiscenz der oberen Schichten entstanden. An der hinteren Scheidenwand und am Damm lineare Vereinigung.	Sommer 1884. Untersuchung und mündlicher Bericht. Mehrere Monate Heilung. Dann wieder langsam zunehmende Entwicklung eines Prolapses, doch nicht bis zum früheren Grade, bei schlechter Schonung und Nahrungsmangel. Nur mässig vermehrterHarndrang. Sonst keine Beschwerden. Menses regelmässig, sehr profus, dazwischen fluor albus. starke Kreuzschmerzen. Ut. stark retroflectirt. Supravaginaler Halstheil verlängert. Vaginalportion hypertrophisch, steht im Introitus, mit Erosionen bedeckt. Beckenboden schlaff. Levator etc. nicht deutlich durchzufühlen. Aufnahme angerathen.	5. X. 1885. Elendes Aussehen. Volles Recidiv. Muttermund im Scheideneingang sichtbar. Ut. u. besonders Cervix stark verlängert. Hintere und vordere Scheidenwand in ganzer Ausdehnung abgelöst. Fluor albus. Aufnahme angerathen.	
7. VI. Vordere Scheidenwand mit Ausnahme zweier kleiner erbsengrosser Stellen linear p. p. i. verheilt. 7. VII. Vollständige lineare Verheilung, sowohl in der Scheide, als am Damm.		Oct. 1885. Brieflicher Bericht. Pat. hat bald nach der Entlassung concipirt. Am 10. Nov. erfolgte die Geburt eines abgestorbenen Kindes. † ohne nähere Angabe woran. Bis dahin soll Pat. nichts von ihrem früheren Leiden gespürt haben.	Prolapsus vaginae et recti.

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
19	E., L. Altona. 34 J. 1884. Journal-Nummer 10706.	I p. Von Kindheit an schwächlich. Entbindung vor 8 Jahren. Schon am 6. Tage des Wochenbetts Gefühl von Senkung, gleich nach dem Verlassen des Bettes Austritt der Vagina bis zu Hühnereigrösse. Vorfall hat nicht zugenommen, wohl aber die Beschwerden. Unvermögen zu gehen und zu arbeiten. Nach leichter Anstrengung erschwertes Harnlassen.	8. VII. Ziemlich starke Anämie. Damm nach vorn abgerundet, in die Vagina übergehend. Septum etwas verdünnt und erschlafft. Die vordere Vaginalwand legt sich beim Drängen unter Verstreichen der vorderen Muttermundslippe halbkugelig in den Introitus, welcher aber nicht abnorm klafft. Ut. horizontal retrovertirt. Corpus uteri etwas dicker als normal. Sondenlänge 6 cm. Ut. leicht reponibel.	18 VII. Typische Prolapsoperation.
20	B., L. Schleswig. 36 J. 1884. Journal-Nummer 10749.	II p. Geburten vor 12 und 11 Jahren. I. G. Zwillinge. Seit einem Jahre ohne bekannte Ursache Schmerzen im Kreuz und links im Unterleib. Seit einem halben Jahr Senkung und Austritt der Vagina, namentlich bei Bewegung unter gleichzeitiger Steigerung der Schmerzen. Gehen sehr erschwert.	Mässig genährt, anämisch. Parametrium besonders links sehr empfindlich. Cervix nach links herangezogen. Im linken Parametrium strangförmige Verdickungen. Corpus uteri mässig verdickt, nach rechts und vorn gelagert. Ziemlich starkes Ectropium der Vaginalportion mit erodirten Innenflächen. Vulva klaffend. Vordere Vaginalwand in allen Dimensionen grösser und bei leichtem Drängen halbkugelig in die vulva herabtretend.	28. VIII. Typische Prolapsoperation.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der letzten Untersuchung resp. des Berichts		Bemerkungen.
7. VIII. Hintere Wand linear verheilt bis auf 2 kleine granulirende Stellen. An der vorderen Wand breite Narbe und geringe Eiterung aus den Stichcanälen.		11. IX. 85. Brieflicher Bericht. Klage über körperliche Schwäche. Das frühere Leiden nicht wiedergekehrt.	
11. IX. Dammwundränder ganz oberflächlich auf wenige Millimeter auseinandergewichen, völlig vernarbt. In der Scheide lineare Verheilung.		15. VIII. 1885. Nach der Entlassung gutes Befinden. Menses nicht sehr stark. Im Februar Abort im III. Monat. Starke Blutung. Fieber mit Schmerzen. 8 Wochen Bettruhe. Seitdem wieder Schmerzen und starke Menses. Untersuchung: Vordere Vaginalwand im Ganzen wieder etwas gedehnt. Die Narbe linear. Vaginalwand mässigstraff. Vagina im Ganzen wieder erheblich weiter als bei der Entlassung. Muttermund nach links herangezogen. Ut. für Sonde Nr. 8 auf 6 cm durchgängig. Schmerzen bei Berührung des Fundus. Keine Blutung beim Sondiren. Ut. in Anteversion. Im linken Parametrium hinten geringe Verdickung.	

No.	Nationale	Kurze Anamnese	Befund vor der Operation	Datum und Art der Operation
21	L., J. Schiffszimmermannsfrau. 26. J. 1884. Journal-Nummer 10791.	II p. Vor 5 Jahren normale rechtzeitige Geburt von langer Dauer. Vor 3 Jahren Geburt eines 7 Monate alten Kindes. Seit der Zeit Scheidenvorfall. Dann 1 Jahr lang Ring getragen, seit $1^1/_2$ Jahren nicht mehr. Seit Weihnacht wieder schlimmer. Ausfluss und Schmerzen im Unterleib.	Gesundes Aussehen. Mittlerer Ernährungszustand. Starker Prolaps der vorderen Vaginalwand. Beim Pressen tritt der Muttermund in den Introitus. Hintere Vaginalwand in ihrem mittleren Abschnitt zu einer schlaffen Querfalte erhoben, deren freier Rand nahe dem Introitus liegt, die übrigens bei stärkerer Entwicklung des Prolapses der vorderen Vaginalwand ihren Platz nicht verändert. Damm 4 cm. lang, ausserordentlich schlaff. Die beiden Seitenstränge des Levator ani weit auseinander gewichen, aber deutlich zu fühlen. Ut. horizontal retroflectirt, im Ganzen verlängert.	10. X. Typische Prolapsoperation.
22	D., C. Pächterswittwe. 74 J. 1884. Journal-Nummer 10798.	IV p. L. G. vor 43 Jahren, sonst stets gesund. Seit 13 Jahren angeblich in Folge von schwerem Heben Vorfall der Vagina. In den letzten Jahren ein Zwanck'sches Pessar getragen, welches aber schliesslich wegen Schmerzen entfernt werden musste.	Guter Ernährungszustand, etwas anämisches, übrigens gesundes Aussehen. Beim Drängen tritt die vordere Vaginalwand halbkugelig hervor, bis der Muttermund in der Vulva erscheint. Die vordere Vaginalwand in der Mitte stark narbig. An dem orificium urethrae kleine hahnenkammförmige Carunkeln. Ut. klein, atrophisch.	19. X. Typische Prolapsoperation. Naht. Doppelte Etagen mit Cagut.

Befund bei der Entlassung	Datum und Ergebniss der letzten Untersuchung resp. des Berichts	Bemerkungen.
Dammwunde linear geheilt. Im unteren Theil der hinteren Scheidenwunde einige Cm. lang sind die Wundränder bis zu 1 cm weit klaffend. Sonst lineare Verheilung. An der vorderen Scheidenwand das oberste Drittel der Wunde linear verheilt, der übrige Theil oberflächlich auseinandergewichen zu $1^1/_2$ bis 2 cm grösstem Abstand der Ränder.	X. 85. Keinerlei Beschwerden. Vollständige Heilung. Pat. glaubt im III. Monat schwanger zu sein.	
Damm p. p. i. geheilt. Vagina gleichfalls.	14. IX. 1885. Brieflicher Bericht. Heilung vollständig.	

Dass der Erfolg bei den 6 Fällen von completem Prolaps ein so durchaus günstiger ist, mag zuerst befremden, namentlich da bei einigen der Operirten die äusseren Verhältnisse derartige sind, dass die Patientinnen sehr schwere Arbeit verrichten müssen, und auch die Ernährung und Constitution nicht eine günstige genannt werden kann; wenn man jedoch bedenkt, dass von diesen Fällen 5 zur Zeit der Operation das klimakterische Alter erreicht hatten, so ist einleuchtend, dass der Erfolg gesicherter sein konnte, weil man auf nachfolgende Geburten keine Rücksicht zu nehmen gezwungen war und in Folge dessen viel radikaler operiren konnte. Kann man doch bei Frauen, die über das zeugungsfähige Alter hinaus sind, durch die Entfernung von viel Scheidensubstanz eine starke Stenosirung der Scheide bewirken und dann auch die Dammplastik sehr ausgiebig machen.

In 2 Fällen von Prolaps 2. Grades ist nur ein theilweiser Erfolg zu verzeichnen. Bei dem ersten Fall ist der nicht so günstige Effect zurückzuführen auf eine ungenügende Verheilung der vorderen Vaginalwunde, an welcher ein grosser Theil des angelegten Defectes nach Dehiscenz der Wundränder in seiner ursprünglichen Breite durch Granulation heilen musste, weshalb Patientin schon bei der Entlassung über geringe Drangempfindungen klagte. Eine folgende Schwangerschaft und Geburt liess dann bei der allgemeinen Lockerung und Dehnung des Gewebes, den Vorfall der vordern Wand, wenn auch geringer wie früher, wieder eintreten.

Bei dem zweiten Fall ist ebenfalls der nur theilweise Erfolg auf eine Geburt zurückzuführen, bei welcher ein oberflächlicher Dammriss und in der, durch die Operation ziemlich stenosirten Scheide seitlich mehrere Längsrisse eintraten.

Wir sehen hieraus, dass während bei Frauen mit Menopause eine Stenosirung der Scheide gerade wünschenswerth ist, dies bei Frauen im zeugungsfähigen Alter nicht der Fall ist; namentlich darf auch bei den letzteren das Gebiet der grossen Schamlippen nicht mit in den Bereich der Anfrischung zur Dammplastik hineingezogen werden.

Wie wir gesehen haben, kann das Alter der Patientinnen von günstigem Einfluss auf den Operationserfolg sein, weil es gewisse Schädlichkeiten fern hält; unterstützt wird dieser günstige Einfluss natürlich namentlich durch eine gute Körperconstitution. Denn dass bei einer Schlaffheit sämmtlicher Gewebe, wie man sie bei schlecht genährten, alten Individuen gerade häufig antrifft, von einem günstigen Einwirken des Alters weniger die Rede sein kann, leuchtet ein. Ist doch überhaupt für jede

Operation eine gute Körperconstitution ein günstiger Faktor. Und ich glaube, dass bei dem einen vollständigen Misserfolg, welchen wir unter den Prolapsformen 2. Grades aufzuweisen haben, namentlich die sehr schlechte Constitution angeschuldigt werden kann, abgesehen davon, dass auch hier an der vorderen Scheidenwand eine grössere granulirende Fläche durch Dehiscenz der oberen Schichten entstanden war.

Als einen dritten wichtigen Faktor für den Operationserfolg kann man dann, wie schon oben angedeutet wurde, eine spätere Geburt nennen und zwar kann man hier von einer interessanten Wechselwirkung, einestheils der Geburt auf die Operation, anderntheils der Operation auf die Geburt reden.

Wenn ich nun als bekannt voraussetzen darf, dass und durch welche Ursachen bedingt der Erfolg einer Prolapsoperation durch eine spätere Geburt immerhin etwas in Frage gestellt wird, so, glaube ich, ist dagegen die Art der Einwirkung der Operation auf eine folgende Geburt weniger bekannt.

Bei dem einen, der hier operirten 6 Fälle (Nr. 1 Tab. II), bei welchem eine spätere Geburt stattfand, ergaben die Nachforschungen nur, dass die eigentliche Geburt 2 Stunden dauerte. Bei einem zweiten Fall (Nr. 18. Tab. II) wissen wir über den Verlauf der Geburt Nichts. Bei dem dritten Fall (Nr. 6. Tab. II) wissen wir nur, dass die Geburt sehr lange dauerte und durch die Zange beendet wurde, während die früheren 6 Geburten leicht und regelrecht waren. Dagegen konnte bei den anderen 3 Fällen die Geburt genauer beobachtet werden.

Bei dem ersten Fall (Nr. 11 Tab. II), wo ausser der Kolpoperineoraphie die Supravaginale Amputation des Cervix gemacht war, war bei dem im 6. Monat der Schwangerschaft eintretenden Abort der Muttermund rechts und vorne durch derbes Narbengewebe unnachgiebig, während er sich links und hinten gut erweiterte und zuschärfte. Nachdem die Eröffnungsperiode 27 Stunden gedauert hatte und dann trotz kräftiger Wehen kein Forschritt in der Erweiterung des Muttermundes zu constatiren war, wurde die Perforation und Extraction des Fötus gemacht.

Bei dem zweiten Fall (Nr. 14 Tab. II) verlief die Eröffnungsperiode bei rechtzeitiger natürlicher Geburt in 30 Stunden und wurde sehr verzögert durch die quere Spannung des vorderen Scheidengewölbes. Die Austreibungsperiode dauerte 1 3/4 Stunden, vielleicht hauptsächlich bedingt durch eine lange Wehenschwäche, die nach dem Einschneiden des Kopfes eintrat.

Bei dem dritten Fall (Nr. 16. Tab. II) ist leider über die Eröffnungsperiode nichts Sicheres bekannt, da die Kreissende die ersten Wehen verheimlichte und der Kopf schon zum Einschneiden kam, als die Kreissende auf den Untersuchungstuhl gesetzt wurde. Das Fruchtwasser soll in diesem Fall um 9 Uhr Abends abgeflossen sein, während um 10 Uhr die ersten Wehen einsetzten und um $1^1/_2$ Uhr die Geburt eintrat. Bemerkt ist in der Geburtsgeschichte, dass die vordere Vaginalwand nicht abnorm gespannt gewesen sei und sich auch bei dem starken Mitpressen der Kreissenden nicht wulstförmig vorgedrängt habe, dass dagegen die hintere Wand etwas mehr Widerstand wie gewöhnlich geboten und der derbe consistente Damm sich nicht sehr entfaltet habe. Dann ist der ganze Act des Durchschneidens, der übrigens sonst normal war, etwas verzögert gewesen.

Wir sehen aus diesen Fällen, dass eine zu stark erzielte Querspannung der vorderen Scheidenwand, namentlich wenn die Narbe bis an den Muttermund herangeht oder wenn der Cervix mit in den Bereich des Narbengebietes hineingezogen ist, also namentlich bei einer Amputation desselben, die Eröffnungsperiode verlängert; dass dagegen eine stärkere Spannung der hinteren Scheidenwand und ein resistenter Damm mehr auf die Austreibungsperiode einwirkt und zwar auch hier eine Verzögerung eintreten lässt.

Trotz der späteren Geburt haben wir also in diesen letzten drei Fällen günstigen Erfolg zu verzeichnen, denn auch der Fall Nr. 14 Tab. II neigt sich mehr dem absoluten, als dem nur theilweisen Erfolg zu.

Von Wichtigkeit nun aber für den günstigen Verlauf einer Schwangerschaft und Geburt in Bezug auf die Dauer des Operationserfolges ist auch ein ungestörter und guter Involutionsprozess. Es ist deshalb Sorge zu tragen, dass eine längere Bettruhe von den Wöchnerinnen innegehalten wird, und dann dass überhaupt alle Umstände vermieden werden, die eine erhöhte Druckwirkung im Becken zu Folge haben.

Es ist klar, dass aus diesem Grunde eine spätere Geburt in einer geburtshülflichen Anstalt, wo Alles sorgfältig überwacht wird, günstiger sein wird, als eine Geburt im Privathause.

Erwähnen möchte ich noch, dass Herr Prof. Werth in der Erwägung, es möchte eine Anlegung von zu grossen Scheidendefecten für eine spätere Geburt hindernd sein, bei einigen hier nicht näher angeführten Prolapsfällen eine Lappenoperation ausführte, die im Ganzen ähnlich, wie bei der Bischoff'schen Methode verlief, nur erstreckte sich die Anfrischung nicht so weit in den Bereich der Vulva hinein. Der

aus der hinteren Scheidenwand gebildete Lappen wurde in der Regel in seiner Mitte von der unteren Wandfläche aus zusammengenäht und dadurch also in seiner Basis verschmälert, dann wurde er, nachdem auch die Anfrischungsfläche durch versenkte Nähte verschmälert war, wieder angenäht. Die Tendenz der Operation war also: Herstellung eines widerstandfähigen Beckenbodens ohne zu erheblichen Verlust von Scheidenwand. Im Ganzen befriedigten die Erfolge der Operation nicht, theils heilte der Lappen nicht an, theils bestanden Senkungsempfindungen etc. fort, bei meist nicht gutem Verschluss des Introitus.

Auch wurden die Beweggründe zu dieser Operation hinfällig durch Beobachtungen, namentlich in der Privatpraxis, wo sich zeigte, dass trotz der Anlegung grösserer Scheidendefecte, bei einer späteren Geburt durch Lockerung und Dehnung des Gewebes immer genug Scheide sich wieder bildet.

Als sonstige für den Erfolg oder Nichterfolg der Operation günstige Faktoren sind dann vor allem wohl noch anzuführen die Complication mit Tumoren, die einen erhöhten Druck im Abdomen oder kleinen Becken verursachen; sonstige Leiden z. B. heftiger Husten etc. und die Art der Beschäftigung der Patientinnen. Es ist klar, dass überall Verhältnisse, die das Auftreten von Prolaps begünstigen, auch nach der Operation ein Wiederauftreten erleichtern. Es liegt deshalb nahe, daran zu denken, durch eine Beseitigung dieser Verhältnisse ein günstigeres Resultat zu erzielen, ein Gedanke, dem bei einzelnen in meiner Tabelle angeführten Fällen von Complication mit Ovarialgeschwülsten durch die Ovariotomie entsprochen wurde. Und zwar wurde die Ovariotomie entweder in einer Sitzung mit der Prolapsoperation ausgeführt oder die Operation in 2 Sitzungen beendet.

Leider ist man nicht immer in der Lage, diese ungünstigen Verhältnisse hinwegräumen zu können; um so mehr muss aber in solchen Fällen ein Erfolg für die angewandte Operation sprechen. Erwähnt zu werden verdient in dieser Hinsicht Fall 1 Tab. I, wo Patientin sehr schwere Beschäftigung hatte (z. B. Holz und Kohlen 8 Treppen hoch tragen), ausserdem Fall 2 Tab. I und Fall 2 Tab. II, wo Bronchialkatarrh mit heftigem Husten bestand und noch besteht und trotzdem in allen 3 Fällen absoluter Erfolg zu verzeichnen ist.

Ich glaube überhaupt, dass Erfolg bei derartigen Fällen mehr für die Methode der ausgeführten Operation sprechen darf, als ein grosses Material, wo leichtere und schwerere Fälle durcheinander angeführt werden und dann aus der Gesammtsumme beider das Facit gezogen wird.

Wenn ich nun zum Schluss noch kurz das Resultat recapitulire, so ist also nach Tabelle I bei 6 Fällen von completem Prolaps absoluter Erfolg zu verzeichnen, während nach Tabelle II unter 22 Fällen von Prolaps 2. Grades 1 Fall mit vollem Recidiv ist (Nr. 17) und 2 Fälle mit theilweissem Erfolg. (Nr. 1 und Nr. 14. Letzterer neigt sich mehr dem absoluten Erfolg zu), wogegen 19 Fälle absoluten Erfolg aufweisen.

Ueber die Dauer des Erfolges der günstigen Fälle möge folgende Zusammenstellung orientiren.

a. Completer Prolaps.

1 Fall von 6jähriger Dauer des günstigen Erfolges
2 Fälle „ 4 „ „ „ „ „
1 Fall „ 3 „ „ „ „ „
1 Fall „ 2 „ „ „ „ „
1 Fall „ 1 „ „ „ „ „

b. Prolaps 2. Grades.

1 Fall von 7jähriger Dauer des günstigen Erfolges (theilweiser Erfolg.)
4 Fälle „ 5 „ „ „ „ „
1 Fall „ 4 „ „ „ „ „
3 Fälle „ 3 „ „ „ „ „
6 Fälle „ 2 „ „ „ „ „ (Darunter 1 Fall mit theilweisem Erfolg.)
6 Fälle „ 1 „ „ „ „ „

Hieraus scheint mir hervorzugehen, dass die Werth'sche Methode höchst günstige Resultate liefert und anderen Operationsmethoden zum Mindesten gleichzustellen, wenn nicht ihnen vorzuziehen ist.

Zum Schluss sei es mir gestattet, Herrn Prof. Werth für die gütige Ueberlassung des Materials und seine Unterstützung bei dieser Arbeit an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen.

Vita.

Ich, Hermann Ludwig Gustav Schwartz, bin geboren am 23. Juni 1859 zu Eutin, Fürstenthum Lübeck. Ostern 1872 wurde ich in die Quarta des dortigen Gymnasiums aufgenommen und bezog Michaelis 1878 nach bestandenem Abiturienten-Examen die Universität Kiel um Medicin zu studiren. Am 2. August 1880 bestand ich das Tentamen physicum. Im Sommer 1881 bezog ich die Universität Freiburg i. B. und im folgenden Sommer die zu München. Inzwischen und später kehrte ich wieder nach Kiel zurück und bestand hier im Winter 1883/84 das Staatsexamen und gleich darauf das Examen rigorosum. Im Sommer 1884 war ich theils in Vertretung eines praktischen Arztes beschäftigt, theils auf Reisen. Am 1. November 1884 trat ich als Einjähriger Arzt bei dem Füsilier-Bataillon Holsteinischen Infanterie-Regiments Nr. 85 in Kiel ein, nachdem ich im Winter 1880/81 bei demselben Battaillon meiner halbjährigen Dienstpflicht mit der Waffe genügt hatte. Vom 1. Januar 1885 bis zum 15. Januar 1886 war ich Assistenzarzt an der Königl. Augen- und Ohren-Klinik zu Kiel. Jetzt habe ich mich am 1. Februar d. J. in Schwartau im Fürstenthum Lübeck als praktischer Arzt niedergelassen.

Thesen.

1.

Bei dem Gebärmuttervorfall ist die operative Behandlung allen anderen therapeutischen Methoden vorzuziehen.

2.

Die beste Therapie bei dem Ulcus serpens ist das ferrum candens.

3.

Das Glaucoma simplex wird durch eine Iridectomie selten dauernd geheilt.

4.

Der Amputatio mammae wegen Carcinom muss die Exstirpation der Drüsen in der Achselhöhle angeschlossen werden.